

Paris 1971

FACULTÉ DE MÉDECINE

BROUSSAIS HOTEL-DIEU

Année 1971

THÈSE

N°

(2)

47

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

Hubert GOUJON

né le 21 janvier 1937 à RIVIERE-SALÉE (MARTINIQUE)

Présentée et soutenue publiquement le

1971

A N K Y L O S T O M I A S E

CHEZ LES TRANSPLANTÉS ANTILLAIS EN METROPOLE

Président : Mr le Professeur MILLIEZ

ANNEE 1971

T H E S E

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

Hubert GOUJON

né le 21 Janvier 1937

A Rivière-Salée

MARTINIQUE

Président d' Honneur
de l'Association Générale
des Etudiants Santé

Ancien Membre du Conseil de l'U.E.R.
BROUSSAIS - HOTEL DIEU

A N K Y L O S T O M I A S E

CHEZ LES TRANSPLANTES ANTILLAIS EN METROPOLE

Président : Professeur MILLIEZ

UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY

1957

1957

1957

OCTOBER 1957

1957

1957

1957

1957

1957

1957

1957

1957

1957

1957

1957

1957



1957

A MON PERE

A MA MERE

A MA SOEUR GISELE

A MES FRERES LOUIS FÉLIX

ET JEAN- CLAUDE

A MA FEMME

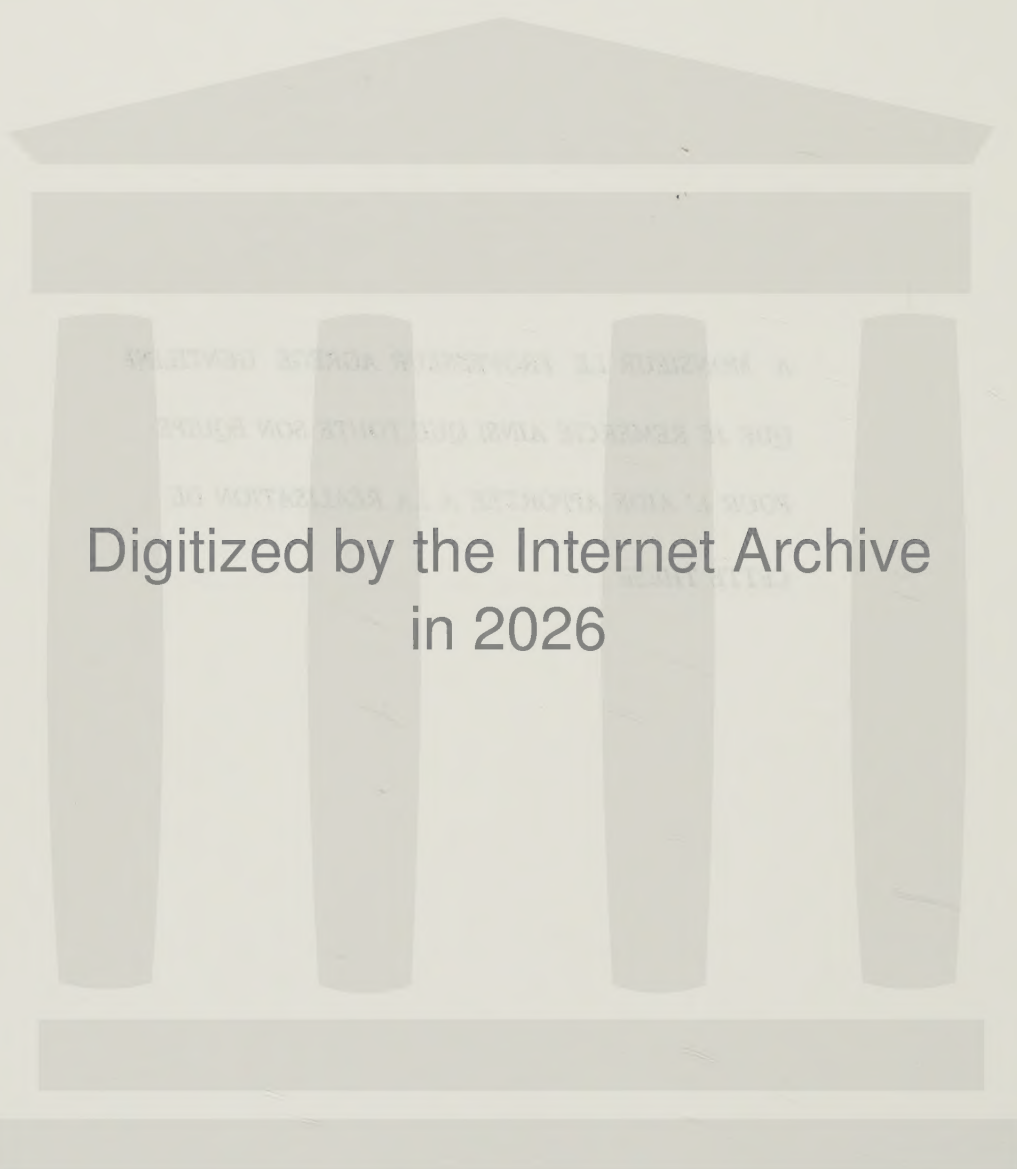
A MES FILLES

A MON CHER MAITRE

LE PROFESSEUR MILLIEZ

en hommage respectueux, avec mes plus vifs remerciements.

*A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GENTILINI
QUE JE REMERCIE AINSI QUE TOUTE SON ÉQUIPE
POUR L' AIDE APPORTÉE A LA RÉALISATION DE
CETTE THESE .*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556011_0029

A MES AMIS RAYMOND

ET JEAN-LOUIS TROP VITE DISPARUS.

A TOUS MES MAITRES

Mr. Le Professeur DOMART

Mr. le Professeur Agrégé ROGÉ

Mr le Professeur Agrégé VALTY

Mr le Dr DURET

Mr le Dr BOISSON

Mr le Dr THIBIER

Mr le Dr DOUADY

A TOUS CEUX QUI M' ONT TOUJOURS AIDÉ
AU COURS DE MES ÉTUDES

I

ANKYLOSTOMIASE CHEZ LES TRANSPLANTES ANTILLAIS EN METROPOLE

I - INTRODUCTION

On estime actuellement qu'un quart de la population mondiale est infectée par des Ankylostomes et que ces derniers prélèvent encore chaque jour une quantité de sang correspondant à l'exsanguination d'environ 1,5 millions de personnes.

L'Ankylostomiase est provoquée par des vers qui se fixent sur la muqueuse duodénale : *Ancyclostoma duodenale*
Necator americanus

En ce qui concerne les Antilles, seul le *Necator* s'y trouve et plus de 50% des individus en sont porteurs.

Traiter l'ankylostomiase (que nous appellerons NECATOROSE) chez les transplantés Antillais en France, permet à la fois de mettre l'accent sur la fréquence particulière de cette vermine et des problèmes qu'elle soulève au niveau local et surtout sur la situation sanitaire socio-économique de populations émigrant vers la métropole en quête d'emplois et de débouchés, enfin sur les efforts entrepris par un certain nombre de médecins en Métropole pour la recherche de nouvelles thérapeutiques en vue de l'éradication de cette maladie.

II - HISTORIQUE

En 1492, Christophe Colomb, en découvrant Madinina (nom indien signifiant "Ile aux Fleurs") la baptisa Martinique en souvenir de St Martin, évêque de Tours et écrivait : "C'est la meilleure, la plus fertile, la plus douce, la plus charmante contrée qu'il y ait au monde",

Ce flot d'éloges, aussi bien applicable à la Guadeloupe (KAPUKEPA, nom indien "Ile aux belles eaux") prend toute sa valeur quand on s'aperçoit 5 siècles après que la nécatorose comme la bilharziose et bien d'autres maladies ont été introduites aux Antilles par la traite des Noirs.

En effet, la nécatorose, en dépit de la dénomination (Necator americanus - du latin : necatore = tuer) provient de l'Afrique, véhiculée par les esclaves et, en trouvant des conditions climatiques et écologiques idéales, elle a pu se développer et se pérenniser aux Antilles,

En 1663, le dominicain Jean Baptiste LABAT, qui travaillait en Guadeloupe, décrivit une chlorose tropicale accompagnée de troubles intestinaux, d'oedèmes et d'un mauvais état général.

La cause de la "cachexia africana" ou "mal d'estomac" fut ensuite trouvée en 1868 en Guyane Française par Maréchal. Enfin le Nécator Americanus a été décrit et baptisé par Stiles en 1902.

Depuis lors, la nécatorose, comme toutes les verminoses tropicales, ne présentait un intérêt que pour les militaires en séjour aux "colonies", les civils partis en quête de fortune et certains médecins spécialistes de ces maladies.

Toutefois, comme l'Ankylostomiase par *Ancylostoma duodenale* sévissait dans les mines, elle a été reconnue comme maladie professionnelle le 13 Juillet 1911 (nomenclature n°28) - Décret du 17 Juin 1913 et 9 Février 1949 - en France métropolitaine et dans les départements d'Outre-Mer, chez les mineurs et les ouvriers occupés à des travaux souterrains.

Une remarque importante s'impose tout de suite, cette loi est inapplicable aux Antilles (D.O.M.) car le necator sévit dans tous les terrains et il est impossible de faire la preuve qu'une telle maladie aurait été contactée dans sa profession par un ouvrier,

Enfin, depuis une dizaine d'années, la démographie galopante de ces îles, le manque d'industries, la chute extraordinaire de la mortalité infantile et le chômage croissant, ont amené une partie de la population à émigrer vers la métropole.

Aussi les médecins généralistes, médecins du travail se trouvent confrontés avec une pathologie qui demeurerait l'apanage d'une certaine minorité.

Actuellement la nécatorose devrait être soupçonnée chez tout Antillais qui va consulter en France,

D'après STOLL, nous devons nous efforcer de libérer
l'homme de sa faune d'helminthes - "for only in a society
made up pf parasite - free individuals, will we know of
what the human being is capable "

III - RAPPEL PARASITOLOGIQUE

La nécatorose est due à un nématode de l'ordre des strongyloïdea et de la famille des ancylostomidae, le *necator americanus* qui est spécifiquement humain. Il ne peut donc accomplir son cycle chez aucun animal.

A - MORPHOLOGIE

a) Description des vers adultes

Le mâle mesure 7 à 9 mm , la femelle 9 à 11 mm,

La capsule buccale est pourvue de deux grandes lames tranchantes ventrales sans pointes. Dans le fond de la cavité buccale, se trouvent trois dents coniques, dont la dorsale est perforée et fait saillie dans la cavité; de plus, il existe une paire de dents ventrales internes. L'ouverture buccale est ovale dans le sens longitudinal.

L'orifice génital femelle se trouve à peu près au milieu de la longueur du corps.

Chez le mâle, les spicules sont réunis à leur extrémité en formant un petit crochet.

Des trois côtes latérales de la bourse copulatrice, les deux dernières sont soudées sur la moitié de leur longueur.

La côte dorsale est bifurquée sur toute sa longueur.

b) Description des oeufs

Les oeufs sont elliptiques, à bouts arrondis, à coque mince, très transparents, mesurant 70 microns sur 40 microns, contenant généralement plus de 4 blastomères (8 en moyenne).

c) Développement

Tant que les oeufs se trouvent dans l'intestin de l'hôte, ils ne subissent que quelques segmentations, mais le développement est alors probablement arrêté par manque d'oxygène et par une température trop élevée. Ce n'est qu'après être sorti avec les selles que les oeufs continuent leur développement, lorsque les conditions sont favorables, c'est-à-dire un climat chaud et humide. Les terres trop argileuses ne conviennent pas, les terres trop légères dessèchent trop vite.

A une température optimale de 25 à 30° C (c'est le cas toute l'année aux Antilles), les oeufs se développent en 24 heures en larves rhabditoïdes, qui quittent la coque de l'oeuf et se nourrissent dans le sol, de bactéries de détritits organiques.

Le développement s'arrête au-dessous de 14° C et au-dessus de 37° C.

Les larves rhabditoïdes mesurent 250 à 300 microns de long sur 17 microns de large et sont caractérisées par une longue cavité buccale cylindrique et par un oesophage musculieux qui possède un bulbe à son extrémité postérieure.

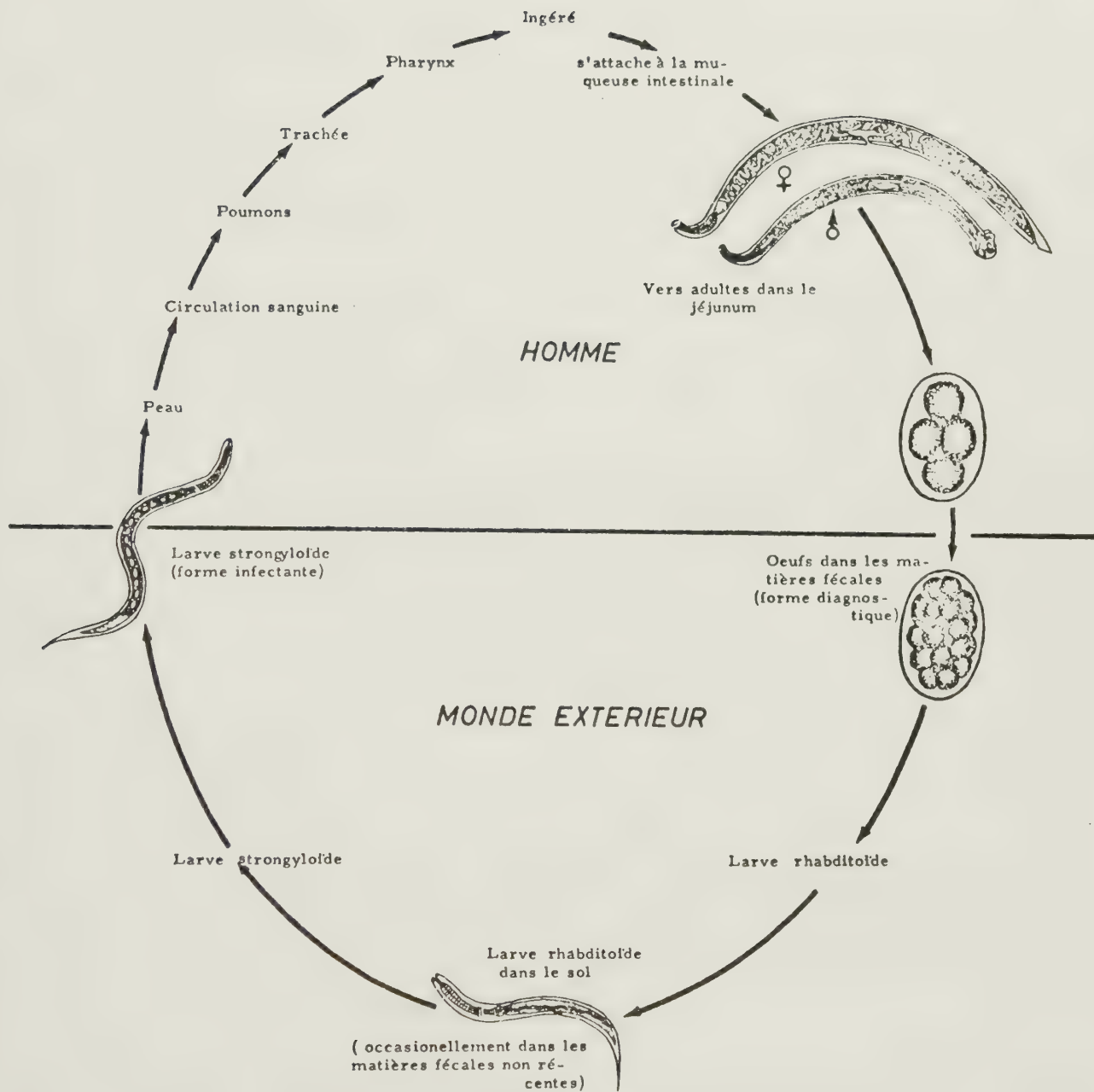
Après 3 à 5 jours, cette larve mue une première fois et devient à peu près 2 fois plus longue. Entre le 5e et le 8e jour, elle mue une 2ème fois, mais reste à l'intérieur de la cuticule ancienne qui l'entoure comme une gaine.

Pendant cette période, la larve rhabditoïde s'est transformée en larve strongyloïde. Celle-ci se distingue surtout par son oesophage cylindrique, dépourvu de bulbe, qui mesure à peu près le 1/3 de la longueur du corps. Elle mesure 590 microns (avec gaine : 660 microns),

Bien que ces larves strongyloïdes, qui constituent le stade infectieux, se trouvent complètement renfermées dans leur gaine, elles peuvent survivre plusieurs mois dans leur milieu naturel.

Les larves se déplacent à contre-courant (rhéotaxie négative) lorsque l'eau pénètre dans le sol, elles montent à la surface, à mesure que les couches supérieures se dessèchent, elles s'enfoncent dans le sol.

Les larves strongyloïdes qui entrent en contact avec la peau de leur hôte, quittent leur gaine et pénètrent en



— Schéma du cycle de développement des Ancylostomidae.

quelques minutes à travers la peau jusque dans les vaisseaux lymphatiques et sanguins.

Par le sang, elles sont transportées vers les poumons, où leurs dimensions les empêchent de franchir les capillaires.

Elles pénètrent dans les alvéoles pulmonaires, passent par les voies respiratoires et atteignent l'oesophage, l'estomac et finalement l'intestin.

Quelques larves peuvent atteindre l'intestin 24 heures après avoir pénétré par la peau, mais ce passage dure plus longtemps habituellement. Dans l'intestin, la larve subit encore deux mues et devient adulte six semaines ou plus après l'infection.

B - EPIDEMIOLOGIE

I - Répartition géographique

Le *necator americanus* s'observe surtout au sud du 20^e parallèle nord, jusqu'au 40^e parallèle sud. Il vit donc dans les pays plus chauds, tropicaux et équatoriaux.

2 - Les facteurs de milieu et leurs rapports avec les stades libres.

Les facteurs écologiques sont très importants, car la viabilité du ver est liée à des facteurs physico-chimiques, tout particulièrement pour la phase libre du cycle évolutif qui se passe dans le milieu extérieur.

La température la plus favorable se situe entre 24° et 30° C.

Dans ces conditions optimales, le développement est complet en 5 à 8 jours.

L'humidité ne peut être ni trop élevée ni trop basse,

La lumière solaire est mal supportée aussi bien par les oeufs que par les larves, qui prospèrent surtout à l'ombre des plantations (où travaillent les ouvriers agricoles) et des cocotiers, aux abords des plages (où volontiers on s'étend quand il fait beau),

La nature du sol n'est pas indifférente : les terrains légèrement sablonneux qui sont légions aux Antilles sont les plus favorables car ils facilitent la circulation d'air et la migration.

La qualité de ce milieu est encore augmentée par la présence de corps organiques. Les terres argileuses compactes sont peu propices.

La composition chimique du sol et ses changements sont également importants : l'urine est vite mortelle pour les oeufs et les larves, de même que les engrais chimiques et une haute teneur en sel (eau de mer).

Enfin, les oeufs et les larves sont sensibles à toutes sortes de bactéries, champignons et protozoaires qui peuvent influencer la vitalité des parasites

3) Habitudes et coutumes de l'hôte

La densité de contamination du sol et par conséquent également le danger, est directement dépendant des facteurs précédents.

Puisque l'homme est seul porteur, les conditions de vie et d'hygiène d'une communauté et sa protection contre le péril fécal seront de la plus haute importance, non seulement dans le milieu familial mais également dans le milieu de travail, notamment certaines plantations (bananes, canne à sucre).

La fréquence de la contamination variera donc nettement selon les habitudes des habitants. Aux Antilles, malgré les progrès réalisés, il reste toujours, même à proximité des villes, beaucoup de gens dont le niveau de vie et d'éducation, l'état économique et social ont peu changé et dont les habitudes notamment en ce qui concerne la défécation, les exposent constamment à l'infection par cette nécatorose transmise par le sol.

Pour cause, il suffit aux Antilles de jeter un coup d'oeil sur les arrières plages, même les plus connues et les plus réputées, pour se rendre compte de l'inexistence de latrines et de W.C., mais surtout de la présence de détritus et de matières fécales.

II

Pour eux qui connaissent la campagne, il est navrant actuellement de constater que des gens si sensibles à telle ou telle marque de "pot de chambre" en émail ou autres, préfèrent le garder pour l'hôte de marque un jour de baptême ou de première communion et se complaisent encore à satisfaire leurs besoins les plus naturels, perchés sur une branche, dans l'ombre bien-faisante d'un manguier ou d'un arbre à pain.

Au bord des routes, dans les canivaux des villes, sur les berges des rivières, on observe encore le même spectacle.

L'accumulation de détritus semble être un trait fondamental des collectivités humaines, sinon, les parasites transmis par les fèces ne seraient pas aussi répandus.

4) Cas particulier du transplanté en métropole

Ces individus qui pour la majorité vivent et travaillent dans une grande ville, n'ont pratiquement pas la possibilité de semer leurs excréments dans la nature.

D'autre part, le nécator n'a aucune chance de survivre en France car les conditions de son développement sont par trop défavorables, la surveillance étant draconienne dans les métiers où ils seraient susceptibles de transmettre la maladie (mines, travail souterrain), une notion

fondamentale se dégage de tout ceci :

La communauté métropolitaine doit savoir qu'un transplanté Antillais, chez qui on a découvert une nécatorose, ne présente aucun danger pour elle.

C - PATHOGENIE - SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes provoqués par l'infection sont différents selon qu'il s'agit d'une primo-infection, d'une réinfection ou d'une surinfection.

La primo-infection provoque des symptômes discrets du côté de la peau, un érythème en nappe, fait de fines papules rougeâtres, proéminentes, de la taille d'une tête d'épingle, prurigineux, s'effaçant en quelques jours sans laisser de traces,

Ensuite un catarrhe sans symptômes pulmonaires mais accompagné de toussotements, une inflammation de la gorge vers le 4ème jour après l'infection. Il y a de la dysphagie à partir du 5ème jour, mais elle est de courte durée ; on note en outre du prurit nasal et auriculaire,

Une duodénite apparaît à la fin du premier mois et dure de 1 à 2 mois. Elle se caractérise par des douleurs abdominales qui peuvent simuler aussi bien un ulcus qu'une cholécystite,

A cela s'ajoute non seulement une perversion du goût et des nausées, mais également une diarrhée comportant 5 à 10 selles par jour.

L'intensité des symptômes n'est pas liée au nombre de vers, mais bien à la sensibilité propre de l'individu infecté vis-à-vis des larves migrantes.

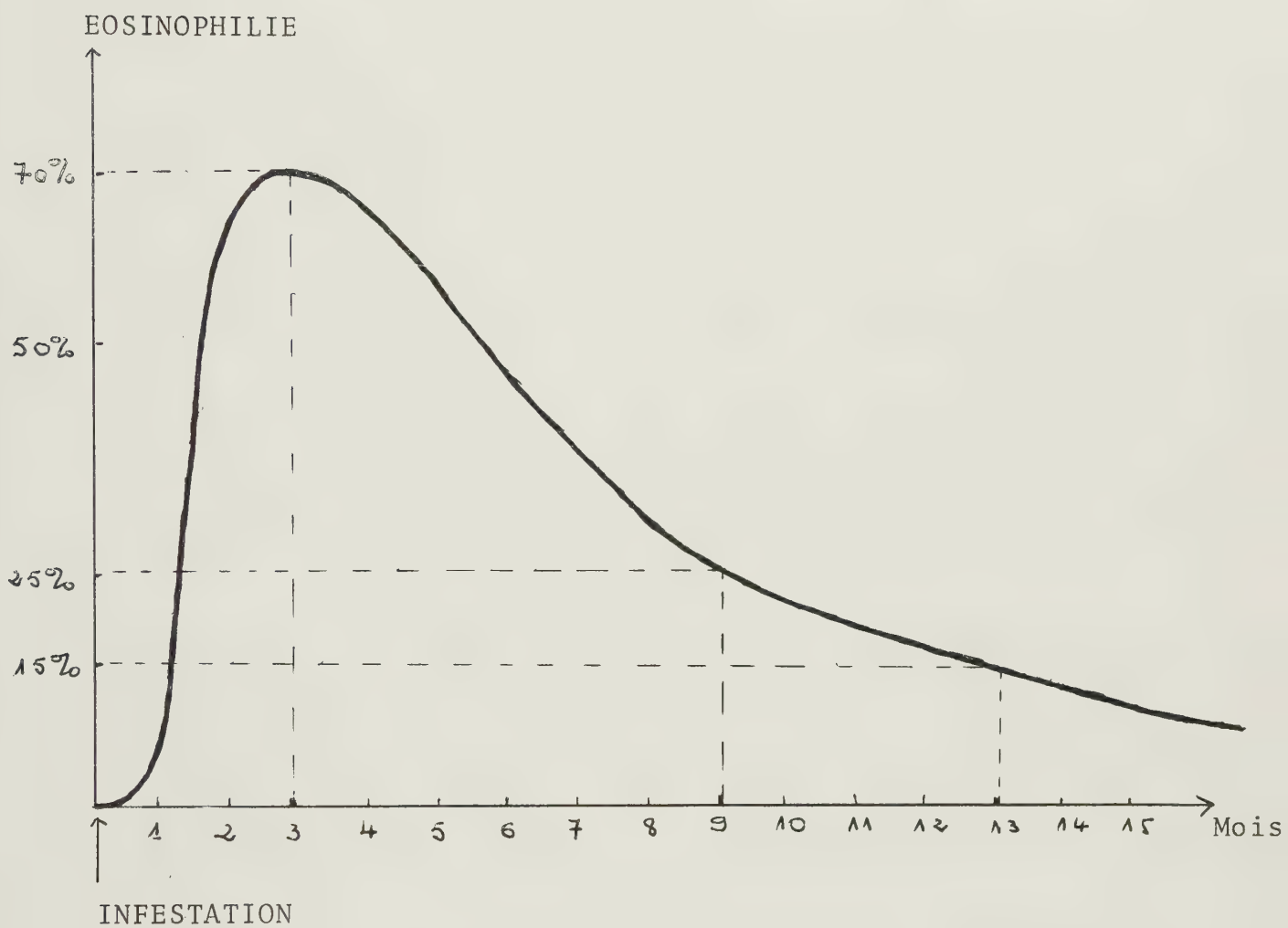
L'eosinophilie sanguine suit la courbe en "coup d'archet" décrite par Lavier. Elle s'élève dès la fin de la première semaine pour atteindre 35 à 70% vers la fin du troisième mois, puis elle décroît, atteint 25% vers le 9e mois, 10 à 15% au bout d'un an, puis elle se stabilise vers 5% et peut même tomber au-dessous de 4% après la 4ème année.

L'anémie, par contre, est liée au nombre de vers; aussi peut-elle, soit manquer comme ça a été le cas chez les transplantés antillais examinés, soit présenter une allure grave. Lors de la réinfection d'un malade guéri, les symptômes sont moins prononcés mais identiques.

Lors d'une surinfection, on constate des symptômes cutanés allergiques, urticaires, vésicules, papules. Le catarrhe des voies respiratoires supérieures réapparaît, mais la pathologie pulmonaire est absente.

La duodénite ne réapparaît pas. L'éosinophilie est moins élevée et se normalise plus vite.

L'anémie a toujours préoccupé les chercheurs. L'action directe spoliatrice joue le rôle principal; les pièces buccales du necator provoquent de nombreuses petites lésions à la muqueuse duodénale qui continuent de saigner par l'action anticoagulante de la sécrétion des vers.



Courbe de LAVIER dans l'Ankylostomiase.

L'étude au Cr^{51} a évalué la perte de sang à : 0,03 ml/24 h par ver.

On a aussi parlé de facteurs toxi-allergiques, mais sans preuves bien établies. C'est une anémie hypochrome, microcytaire chronique.

Les femmes enceintes et les enfants sont particulièrement vulnérables, mais aux Antilles, la grande anémie n'existe presque jamais, la malnutrition ayant pratiquement disparue.

En général, la plupart des transplantés examinés sont simplement porteurs de parasites. Le plus souvent, il s'agit de la découverte d'une éosinophilie lors d'une visite d'embauche,

En général, les parasites vivent en équilibre précaire avec le parasite. Des symptômes pourront apparaître suivant la présence ou l'absence de facteurs complémentaires bien déterminés, comme le nombre de vers, l'âge, l'état nutritionnel et physiologique du parasite, la présence d'autres verminoses et infections.

On peut noter qu'un "*Necator americanus*" a une durée de vie entre 10 et 15 ans.

D - DIAGNOSTIC

Le diagnostic clinique d'un cas typique est simple. Toutefois, le diagnostic peut se poser avec un ulcus, une cholécystite.

Mais la numération formule sanguine pendant la période d'invasion montrant une hyperéosinophilie sanguine avec hyperleucocytose et l'examen des selles à partir du 40e jour, lèvent les doutes.

Le diagnostic spécifique repose sur la mise en évidence des oeufs dans les selles.

I - Examen direct

Entre lame et lamelle, on dilue un peu de matières fécales dans quelques gouttes d'eau physiologique.

Il faut au moins 500 oeufs par gramme de selles pour obtenir des résultats positifs.

II- Enrichissement = Technique de RITCHIE

- Dilution des matières dans 5 à 6 fois leur volume d'eau formolée à 10%.
- Tamisage
- Décantation de la dilution dans un tube à centrifuger
- Addition de la moitié de son volume d'éther

- Agitation jusqu'à émulsion homogène,
- Centrifugation 2 minutes à 2000 tours,
- Examen du culot.

II Bis - Technique de Willis

III - Coproculture

- Sur buvard : Méthode HARADA
- Sur charbon : Méthode de BRUMPT

permet la détermination de l'espèce par l'examen des larves.

IV - Méthode de Baermann

Permet de déceler les larves d'une coproculture en mettant en évidence leur thermotropisme et leur hydrotropisme.

L'appareil se compose d'un entonnoir en verre, auquel on attache un morceau de tube en caoutchouc, fermé d'un robinet ou d'une pince,

Dans l'entonnoir, on pose un tamis métallique. La coproculture est mise dans un sachet de toile sur le tamis. On verse alors de l'eau tiède dans l'entonnoir jusqu'au contact avec la toile. Les larves sont attirées par la chaleur, traversent les mailles du tissu, arrivent dans l'eau et descendent dans le fond de l'entonnoir. Quelques

gouttes recueillies sont examinées au microscope.

V - Numération des oeufs par la méthode de STOLL

Cette méthode qui permet de compter les oeufs, se pratique dans des "STOLL flasks" .

A l'examen au microscope, le nombre trouvé est multiplié par :

- 200 si les selles étaient formées
- 1,5 si elles sont amollies,
- 2 si elles sont inconsistantes,
- 3 si elles sont aqueuses.

Si elles proviennent d'un enfant de moins de 2 ans, le chiffre doit être divisé par 4 et pour un enfant de 3 à 4 ans, par 2.

Il est préférable d'examiner cinq échantillons d'une même personne.

On admet que 26 oeufs par gramme de selles correspondent à un ver adulte.

E - TRAITEMENT

Dans le traitement de la nécatorose deux médicaments ont dominé par leur faible toxicité et leur facilité d'administration:

Ce sont - Le Didakène = Tetrachloréthylène (Spécia)
 - L'Alcopar = Hydroxynaphtoate de Bephenium

I - Le Didakène = le plus actif des deux se prescrit à la dose de :

- 5 à 6 ml par jour pour un adulte.
- 0,10 à 0,12 ml/kg ou 0,2 ml par année d'âge chez les enfants.

Actuellement, la plupart des auteurs conseillent une dose unique:

- 6 ml/adulte
- 0,10 ml/kg = enfant

à jeun, sans purgation quitte à répéter la cure une 2ème fois quelques jours plus tard.

L'usage des boissons alcoolisées, de graisses ou d'huile, doit être strictement défendu.

Des effets secondaires sans importance peuvent s'observer: nausées, vomissements, céphalées, ivresse, somnolence.

Toutefois, ce vieux médicament conserve largement sa place et demeure le plus efficace sur le nécator.

2 - L'Alcopar

se prescrit à la dose unique d'un paquet de 5 g. le matin, dans 1/2 verre d'eau sucrée, sans purgation.

Il faut éviter de se nourrir dans les deux heures qui suivent la prise.

- Chez l'enfant de moins de 2 ans on donne 1/2 paquet.

Sur le necator les résultats sont assez médiocres dans l'ensemble et dans certains Services spécialisés l'Alcopar n'est plus employé dans le traitement de cette affection.

Actuellement, dans le Service du Pr. Gentilini l'association de deux médicaments : Tétramizole + Mintezol a permis d'obtenir d'excellents résultats.

Nous verrons dans la 2ème partie de cet exposé l'efficacité observée sur les transplantés antillais ayant consulté et été traités par cette association.

En somme il paraît souhaitable d'utiliser le Didakène actuellement pour la nécatorose avant la venue ou la commercialisation de nouveaux médicaments plus efficaces.

IV - LA NECATOROSE CHEZ LE TRANSPLANTE ANTILLAIS.

A - Introduction - STATISTIQUES

Essentiellement réservée dans le passé aux étudiants et cadres, l'émigration antillaise s'est étendue depuis 62-63 au monde des travailleurs.

La généralisation du Service Militaire Outre-Mer qui a amené en Métropole de nombreuses recrues dont une partie y est restée après démobilisation, la création du Bu.Mi.Dom (Bureau pour les

les migrations des Départements d'Outre-Mer) ne sont pas étrangères à cette extension.

Tableau de l'émigration faite par le canal du Bu.Mi.Dom
entre 1962-1970

Période -----	Antillais -----
1962	859
1963	1.343
1964	3.581
1965	4.999
1966	4.896
1967	4.822
1968	4.256

Total : 24.756

A ces chiffres il faut ajouter les militaires démobilisés en métropole et qui y restent ainsi que tous ceux qui viennent sans passer par un Organisme quelconque. Actuellement il paraît impossible de donner un chiffre total précis. Mais on évalue à environ 60.000 le nombre d'Antillais actuellement en Métropole. Ce qui constitue à peu près le dixième de la population de la Martinique et de la Guadeloupe réunies.

B - ORIGINE - Facteurs nécessitant la transplantation

La majorité des transplantés vient des couches les plus défavorisées de la population, en proie à un chômage grandissant, lui-même résultant d'une démographie galopante, (la Martinique et la Guadeloupe accusant un excédent naturel annuel de 16.000 habitants) et du manque de débouchés et de l'absence totale d'industrialisation.

D'autre part, la mécanisation des moyens de production des seules cultures existantes à grande échelle, à savoir la banane et la canne à sucre, ainsi que la désaffectation de la terre par les jeunes ont amené dans les centres urbains une majorité d'individus sans qualification à la recherche d'un hypothétique "travail".

Il s'ensuit que l'immigration, vers la Métropole où la main-d'oeuvre manque, est devenue une nécessité pour les D.o.m.

On peut noter que la majorité des travailleurs se trouve embauchée dans l'Assistance Publique, la R.A.T.P., les P. et T.

C - PROBLEME POSE PAR LA PARASITOSE CHEZ CES TRANSPLANTES

Il est évident que sur le manque d'information sur la vie en Métropole, les problèmes psychologiques parfois graves, les difficultés d'adaptation, de se procurer un emploi, un logement, se sont greffés des problèmes de santé et, en particulier, l'existence de parasitoses.

En effet, un double problème se pose pour ces transplantés parasités à savoir:

- la méconnaissance quasi générale de ces affections et leur traitement par les médecins métropolitains.
- l'incidence de ces parasitoses sur le potentiel travail et résistance de ces gens absolument pas habitués au rythme que nécessite la vie dans un pays industriel développé.

A la lumière de ceci nous verrons les résultats enregistrés chez 343 consultants d'un Service parisien venant des Départements d'Outre-Mer, entre le 1er Avril 1970 et le 1er Septembre 1970, ainsi que quelques observations.

CONSULTANTS DES D.O.M. entre le 1er AVRIL 1970
et le 1er SEPTEMBRE 1970 dans les SERVICES
des MALADIES PARASITAIRES et EXOTIQUES
du Pr. GENTILINI

Il est légitime, avant d'exposer les résultats de cette enquête, de rendre hommage au Pr. Agrégé Marc GENTILINI et à son équipe pour l'intérêt qu'ils portent aux problèmes des transplantés en général et tout particulièrement à ceux des Antillais.

Il est réjouissant de constater l'effort consenti pour rechercher de nouvelles médications anti-parasitaires, pour structurer les moyens d'investigations, tout ceci dans le but d'améliorer les conditions de vie aussi bien des transplantés, que celles des populations demeurées encore dans leur pays d'origine.

De tels efforts ne peuvent que contribuer à un avenir meilleur pour les pays en voie de développement.

. Sur 343 consultants on trouve les résultats suivants :
du D.o.m.

- 106 non parasités
- 121 mono parasités
- 116 pluri parasités

Dont : - 146 Martiniquais
- 172 Guadeloupéens
- 14 Réunionnais
- 11 Guyanais

En ce qui concerne l'âge :

A G E	NOMBRE
-----	-----
+ de 50 ans	4
50-40 ans	7
40-35 ans	15
35-30 ans	26
30-25 ans	73
25-20 ans	159
20-15 ans	54
- de 15 ans	4

On constate que sur 343 consultants 276 ont entre 15 et 30 ans c'est-à-dire qu'il s'agit d'individus jeunes.

La plupart ont été envoyés par le Service d'embauche de l'As-

sistance Publique, mais ils constituent un échantillon idéal dans la gamme des transplantés des D.O.M.

La majorité étant en Métropole depuis peu de temps entre 2 ans et 6 mois.

En ce qui concerne la nécatorose proprement dite chez les Antillais on trouve :

- II7 cas à la suite de la recherche et de l'identification de parasites devant une éosinophilie à l'examen hématologique systématique d'embauche, éosinophilie qui se situe entre 6 % et 30 % avec un maximum entre 10 % et 20 %.

Don't :

- 61 Guadeloupéens
- 56 Martiniquais

Du point de vue sexe : . 71 femmes
 . 46 hommes

D'autre part, on observe :

- | | | | | |
|---|------------|------------------------------|---|----|
| - | Nécatorose | seule | = | 39 |
| - | Nécatorose | + Anguillulose | = | 20 |
| - | - | + Bilharziose | = | 18 |
| - | - | + Anguillulose + Bilharziose | = | 12 |
| - | - | + Amibiase | = | 6 |
| - | - | + Lambliase | = | 7 |
| - | - | + Filariose | = | 2 |
| - | - | + Divers | = | 13 |

et il en sort que plus de 60 % sont pluriparasités avec une prédominance de l'association avec les anguillules (qui se transmettent comme nécator par le sol) et les bilharzies.

- Du point de vue clinique il est intéressant de noter que la majorité des patients ne présentait aucun trouble particulier sauf quelquefois:

- une asthénie
- quelques vagues douleurs abdominales.

- L'anémie symptôme classique n'est jamais retrouvée, le chiffre le plus bas de globules rouges enregistré a été de 3.620.000.

Il est même surprenant que fréquemment les chiffres ont oscillé entre 4.800.000 et 5.000.000.

D'autre part, la notion de traitement antérieur avant la venue en Métropole n'a été affirmée que dans une dizaine de cas.

En ce qui concerne la numération des oeufs dans les selles, une seule fois on a trouvé 1.800 oeufs/gramme de selles, la numération habituelle se situant au-dessous de 100 par gr. de selle.

Par cette observation le côté asymptomatique de l'affection se vérifie quand on sait qu'il faut environ 2.600 oeufs par gramme de selles pour constater des symptômes cliniques.

Dans l'ensemble on a eu affaire à des individus en bonne santé apparente porteurs de parasites venus consulter à la suite de la découverte d'une éosinophilie sanguine.

Le traitement institué chez tous ces patients a été le même à savoir:

l'association : Tétramizole : C = 150 mg (5 mg/Kg)
Mintezol : C = 500 mg (50 mg/Kg.)

en une prise unique.

La tolérance a été bonne et dans de rares cas on a pu noter quelques vomissements, nausées, céphalées, tout ceci sans gravité aucune.

Les résultats ont été excellents après contrôle à distance et les chiffres sont assez éloquents.

En effet, à part : 4 non traités
8 non contrôlés

les 105 restants ont été complètement déparasités par ce traitement, les examens coprologiques en faisant foi.

De ces multiples observations, il nous parait intéressant d'en rapporter deux.

En effet, ces deux cas mettent en lumière certains aspects des problèmes qui se posent ou peuvent se poser aux transplantés chez qui on découvre une éosinophilie et qui peuvent amener des difficultés supplémentaires lors de leur embauche ou dans leur vie professionnelle.

Dans l'ensemble on a eu affaire à des individus en bonne santé apparente porteurs de parasites venus consulter à la suite de la découverte d'une éosinophilie sanguine.

Le traitement institué chez tous ces patients a été le même à savoir :

L'association : Tétramisole : C = 150 mg (2 mg\Kg)
Mintezol : C = 500 mg (50 mg\Kg.)

en une prise unique.

La tolérance a été bonne et dans des cas on a pu noter quelques vomissements, nausées, céphalées, tout ceci sans gravité aucune.

Les résultats ont été excellents après contrôle à distance et les chiffres sont assez éloquentes.

En effet, à part : 4 non traités
8 non contrôlés

les 102 restants ont été complètement déparasités par ce traitement, les examens coprologiques en faisant foi.

De ces multiples observations, il nous paraît intéressant d'en rapporter deux.

En effet, ces deux cas mettent en lumière certains aspects des problèmes qui se posent ou peuvent se poser aux trans-plantés chez qui on découvre une éosinophilie et qui peuvent amener des difficultés supplémentaires lors de leur embauche ou dans leur vie professionnelle.

Ière Observation :

Mme Marie-Arlette T... 23 ans, née à la Guadeloupe, en France depuis 3 ans.

Employée par la Sécurité Sociale dans une Clinique pour nourrissons débiles est envoyée par le Médecin du Travail en consultation dans le Service du Pr. Gentilini à la suite de la découverte fortuite d'une éosinophilie à 9 % + leucopénie à 3.000.

- On ne note aucun symptôme clinique.
- La radio pulmonaire est normale.
- Le BW (-)
- Le TA = II/7
- Le coeur est normal.

La malade consulte le 5 Mai 1970.

Le médecin précise que toutes les vaccinations (obligatoires pour les personnes travaillant dans une pouponnière) ont été différées chez cette personne.

A l'examen des selles on découvre la présence de *Necator americanus* et de *Schistosoma mansoni*.

Le traitement par : Tétramizole = 1 comprimé I/2
Mintézol = 5 comprimés

en une seule prise, puis 2 jours plus tard:

Ambilhar = 2 comprimés I/2
+ Valium 10 mg

pendant 7 jours, a été prescrit.

Un contrôle effectué le 29/9/70 montre l'absence de parasites dans les selles.

Comme nous l'avons évoqué dans les problèmes posés aux transplantés, cette observation nous montre :

- Tout d'abord la méconnaissance des parasitoses qui doivent être soupçonnées chez tout Antillais présentant une éosinophilie.
- Ensuite que l'existence de celles-ci n'est pas sans amener, parfois, des difficultés à ces transplantés dans l'exercice de leur profession.

En somme, une éosinophilie chez une Antillaise ne contre-indique en rien son embauche dans une pouponnière, ni une vaccination.

Pour preuve, au niveau local tous les enfants en âge scolaire sont vaccinés, et ceci sans numération formule sanguine préalable, alors que 80 % de la population est parasitée.

2ème Observation .

Mr. M..... Emmanuel, 42 ans, né à la Guadeloupe, en France depuis 9 ans.

Magasinier dans une Compagnie de T.S.F.

Adressé dans le Service du Pr. Gentilini par le Médecin du Travail de son Entreprise (où l'on effectue régulièrement des examens hématologiques professionnels) pour éosinophilie à 20 %.

Il travaille dans un service de peinture sans manipuler lui-même les produits contenant des carbures benzéniques.

Il consulte le 19 Juin 1970.

Cliniquement le malade n'a présenté que quelques troubles digestifs.

A l'examen des selles on trouve 25 oeufs de *Necator americanus* par gramme de selles.

Le traitement : Mintezol = 7 C. I/2 a été institué
Tetramizole = 2 C.

Aucun contrôle à distance n'a été noté.

Cette observation constitue le cas typique des problèmes soulevés par l'existence d'une éosinophilie chez les Antillais qui sont embauchés dans les Entreprises où il existe une exposition éventuelle au benzolisme.

Or, il est fréquent de constater cette erreur fondamentale, à savoir que le benzolisme ne donne jamais d'éosinophilie, mais une leucopénie avec granulopénie et une anémie.

D'après les lois en vigueur, seuls les anémiques et les femmes enceintes doivent être écartés de ces emplois.

A partir de ces constatations, il serait utile qu'une large information auprès des médecins du travail voit le jour, afin d'éviter ces erreurs préjudiciables à ces travailleurs.

V - C O N C L U S I O N S

L'étude de l'ankylostomiase chez les transplantés Antillais nous permet de constater :

- que cette affection, bien que bénigne chez ceux-ci, atteint une grande partie de la population.
- que son existence pose des problèmes à ceux qui en sont porteurs au niveau de leur embauche et de leur travail.
- que la majorité des Médecins (et, en particulier, en Médecine du Travail) n'y pensent pas assez souvent en présence d'un Antillais et que cela amène à commettre un certain nombre d'erreurs.
- en fait que c'est un problème hygiéno-socio-économique.

Comme le disaient les Experts de l'Organisation mondiale de la Santé, lors de la Conférence de Brazzaville le 22-29 Août 1961 sur l'Ankylostomiase :

" Le degré de prévalence des helminthiases dans une collectivité, permet de juger des progrès accomplis par celle-ci pour parvenir au degré d'hygiène souhaitable, car en résolvant les problèmes de pollution on élimine pratiquement la majorité des helminthes"

D'autre part, "l'ankylostomiase est le reflet du niveau de vie d'une population donnée et sa réduction est en rapport direct avec le relèvement économique social de la région considérée".

Pour atténuer l'intensité de l'infection et réduire la transmission, il faut envisager des mesures antiparasitaires qui reposent sur le dépistage des porteurs et leur traitement, la prévention de la contamination du sol par les matières fécales.

La meilleure méthode et finalement la seule durable, est l'éducation sanitaire du public.

- Tout Antillais devrait savoir ce qu'est l'ankylostome, ce qui n'est malheureusement pas le cas.

Ceci pourrait se faire par le canal de la Radio, des Quotidiens et surtout de la Télévision qui existe dans ces départements et dont le rôle devrait être déterminant.

Les Pouvoirs Publics et les Autorités Locales doivent prendre en considération l'existence de cette parasitose et, par une large information, modifier et transformer les habitudes de défécation de la population rurale et côtière.

Ainsi, les transplantés qui accourent vers la Métropole à la recherche d'un emploi seront libérés des soucis de santé supplémentaires.

En effet, les difficultés d'adaptation et tous les problèmes socio-économiques qui se posent à eux à leur arrivée leur suffisent amplement.

Dans un avenir, que nous espérons proche, la nécatorose doit pratiquement disparaître de ces îles.

B I B L I O G R A P H I E

- I - BEAVER P.C.: Immunity to *Necator americanus* infection -
I. Parasit., 1945, 31, Suppl., 18.
- 2 - BRUMPT E. : Précis de Parasitologie. - Paris, Masson, 1949
6e. édit., 2 vol., 2139 p.
- 3 - BRUMPT LC. : Annales de Parasitologie. - Tome 37 1952 N°1-2-3
Revue du Praticien 1954 - Tome 4 23 - 2119
- 1958 - Tome 8 Pages 278 - 280
- 4 - COPP F.C., STANDEN O.D., SCARNELL J., RAWES D.E. & BURROWS R.B.:
A new series of anthelmintics. -
- Nature (Lond.), 1958, 181, 4603, 183.
- 5 - DURR F. : Thèse 1969
Essais cliniques du dérivé Lévoogyre du Tetramizole =
Le Lévamizole.
- 6 - Extrait de la "Revue de l'Institut d'Hygiène des Mines"
HASSELT (Belgique)
1965 - Vol.20 - n°2 - 101/125
- 7 - FAUST EC. : Human helminthology - Philadelphia, Lea & Febiger
1949, 3 rd edit., 744 p.
- 8 - GONZALES G., CENTURION C.A. & ROLON P.A.: Anquilostomosis -
G.E.N. Caracas, 1959, 14, 1/2, 17/40.
- 9 - GOODWIN L.G., JAYEWARDENE L.G. & STANDEN O.D.: Clinical trials
with bephenium hydroxynaphthoate against hookworm
in Ceylon. - Brit. med. J., 1958, 2, 1572/1576.
- 10 - GRIESINGER W : Anchylostomenkrankheit und chlorose. -
Arch. Physiol. Heilk., 1854, 13, 555/561

- II - HALL M.C. & SHILLINGER J.E.,: Tetrachlorethylene, a new anthelmintic. - Amer. J. trop. Med., 1925, 5, 229/237.
- I2 - HARADA Y. & MORI O.: A new method for culturing hookworm.- Yonago Acta med., 1955, I, 3, 177/179.
(Trop. Dis. Bull., 1956, 53, 3, 343).
- I3 - KENDRICK J.F. : The treatment of hookworm disease with tetrachlorethylene. - Amer. J. trop. Med., 1929, 9, 6, 483/488
- I4 - LARIZZA P. & VENTURA S.: Recent advances in pathogenesis of hookworm anaemia. - Sci. med. Ital., 1959, 7, 3, 411/461.
- I5 - PERETZ A. & PERETZ D. : Ancylostomiasis in British Columbia - Canad. med. Ass. J., 1958, 79.
- I6 - ROCHE M., PEREZ-GIMENEZ M.E., LAYRISSE M. & DI PRISCO E.: Study of urinary and fecal excretion of radioactive chromium Cr 51 in man. Its use in the measurement of intestinal blood loss, associated with hookworm infection. - J. Clin. Invest., 1957, 36, 1183/1192.
- I7 - SOPER F.L.: Tetrachlorethylene (C2 Cl4) in the treatment of hookworm disease. - Amer. J. trop. Med., 1926, 6, 6, 451/454.
- I8 - SPEAR R. : Hookworm infection in Cuba. - U.S. naval med. Bull., 1917, 11, 50/53.
- I9 - STOLL N.R.: On endemic hookworm. Where do we stand today? - Exp. Parasit., 1962, 12, 4, 241/252.
- 20 - STOLL N.R.: This wormy world. - J. Parasit., 1947, 33, 1, 1/18.

- 21 - STOLL N.R. & HAUSHEER W.C.: Concerning two options in dilution egg counting: small drop and displacement. - Amer. J. Hyg., 1926, 6, suppl., 134/145.
- 22 - VOELCKEL J.: Enquête sur le parasitisme ankylostomien à Douala (Cameroun) - Med. trop., 1962, 22, 5, 590/605.
- 23 - X . : Conférence africaine CCTA/OMS sur l'ankylostomiase. Brazzaville, 22-29 Août 1961. - Genève, Org. mond. Santé. Sér. Rapp. techn., 1963, n°255, 5/32.
- 24 - STOLL N.R. & HSIEH H.C. : Rapport préliminaire d'enquêtes sur l'ankylostomiase dans les villages de trois régions en Afrique. - Genève, Org. mond. Santé. Sér. Rapp. techn., 1963, n°255, 32 p.
- 25 - WILLETS D.G.: A statistical study of intestinal helminthiasis. Sth. med. J. (Bgham, Ala.), 1917, 10, 42/49.

